

Requerimento de Matrícula para Alunos Especiais

Nome: _____

Primeira Matrícula na USP: () Sim () Não

Número USP: _____

Código	Nome da Disciplina

Endereço Residencial

Estado _____ Cidade _____ CEP _____

Telefone: _____

E-mail: _____

São Paulo, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Aluno(a)